

List do Redakcji. Wokół opętania

Letter to Editor. Possession-unraveled

Michał Mielimaka, Katarzyna Cyranka

Katedra Psychoterapii UJ CM

W dniu 6 października 2015 r. Katedra Psychiatrii UJ CM, Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży UJ CM oraz Oddział Krakowski Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego zorganizowały w Centrum Dydaktyczno-Kongresowym Wydziału Lekarskiego UJ CM projekcję filmu pt. „Walka z szatanem”. Dyskusja dotycząca ukazanych w dokumencie Konrada Szołajskiego obrazów zaangażowała liczne grono przedstawicieli różnych środowisk naukowych, wśród których nie zabrakło psychiatrów, psychoterapeutów, osób duchownych, filozofów, reprezentantów świata sztuki oraz studentów.

W filmie reżyser dotyka problemu opętania. Przedstawia historię trzech kobiet, których życie ukształtowało się wokół przekonania o byciu pod wpływem mocy diabła. Film zobrazował zaangażowanie systemu społecznego i rodzinnego – przedstawicieli kościoła, członków rodzin – w „walkę ze złym”. Ów „zły” przejawia się na wiele sposobów, zakłócając homeostazę życia psychicznego i społecznego bohaterek. Pożądanie seksualne w stosunku do osoby tej samej płci (zakonnicy), trudności w relacjach z rówieśnikami i wywiązywaniu się z obowiązków szkolnych, zaprzestanie uczestnictwa w regularnych praktykach religijnych, znaczne zawężenie pozarodzinnych relacji interpersonalnych stanowią przykłady tego, co uznano za przejaw działania szatana.

Konsultacje ze specjalistami egzorcystami drogą doświadczeń empirycznych potwierdziły podejrzenia i doprowadziły do zastosowania wobec „opętanych” oddziaływań uwalniających. Oko kamery przeniosło widza do intymnej przestrzeni, w której dokonywane były akty egzorcyzmów. W atmosferze dramatu dotknięte kobiety pluły wodą egzorcyzmowaną, odmawiały przyjęcia sakramentów od młodego diakona, kopały przedstawicieli kościoła, wydobywały z siebie odgłosy „z piekła rodem”. Niejednokrotnie do ujarznienia siły nieczystego potrzebnych było co najmniej kilku mężczyzn, którzy gorliwie angażowali się w realizowanie obowiązków ciężącego na nich trudu walki o uwolnienie. Rytuały przybierały charakter regularnych spotkań, przynosząc jedynie chwilową ulgę w dolegliwościach. Koncentracja życia rodzinnego została przesunięta z trudnych tematów i obszarów przeżywania na walkę ze

złem. Naturalny rytm konstruktywnej adaptacji do faz rozwoju życia rodziny został zastąpiony skupieniem wokół objawu, a język komunikacji interpersonalnej w rodzinie – narracją na temat opętania. Walka o uwolnienie angażowała wielu członków rodziny, gwarantując uzyskiwanie licznych korzyści wtórnych – pozorne zbliżenie się, realizowanie w przebraniu ukrytych pragnień, unikanie zmagania z kolejnymi zadaniami rozwojowymi, były pożywką utrzymującą szatana przy życiu i uzasadniającą konieczność kontynuacji procesu egzorcyzmowania. Korzyści dotyczyły wszystkich zaangażowanych – zarówno wybawców, jak i ofiary.

Rzeczywistą jednak stratą było zaniechanie podjęcia leczenia psychoterapeutycznego, które stworzyłoby możliwość „odczarowania” działania demona, ulokowania cierpienia bohaterki w świecie przeżyć intrapsychicznych, przerwania perwersyjnego, diabelskiego kręgu i odblokowania przestrzeni na leczenie i rozwój.

Fenomeny związane z opętaniem obserwowane i opisywane są w wielu kulturach od stuleci. Przejawy opętania zbieżne są z kontekstem socjokulturowym, zwłaszcza religijnym, a osoby opętane obdarzane są szczególną uwagą i pozycją w lokalnej społeczności. Osoby „opętane” zamykane były w lochach, skazywane na wygnanie lub odwrotnie – przypisywano im niezwykle możliwości przepowiadania przyszłości, uprawiania czarnej magii, wpływania na rzeczywistość siłami ponadnaturalnymi [1]. Wszystko to wiązało się ze specyficzną stygmatyzacją i wykluczeniem z normalnego funkcjonowania. Próby zrozumienia zjawiska opętania podejmowali przedstawiciele różnych obszarów społecznych [2]. Istotne w tym zakresie były opisy przypadków stworzone przez lekarzy, psychoanalityków na przełomie XIX i XX wieku [3, 4], w których wyraźnie powiązali przejawy opętania z zaburzeniami psychicznymi.

We współczesnych systemach klasyfikacji (ICD-10, DSM-5) wiele fenomenów kojarzonych potocznie ze stanem opętania jest wymienianych jako część obrazu zaburzeń psychicznych. Na przykład dysfunkcje ruchu, zmiany motoryki pod postacią paraliżu, ruchów mimowolnych, parestezji, charakterystycznie występują m.in. w zaburzeniach konwersyjnych, ostrej reakcji na stres i w przebiegu stanów psychotycznych; przejściowe zaburzenia tożsamości oraz orientacji co do otoczenia występują typowo w zespole transu i opętania; zaburzenia mowy i pamięci pod postacią zarówno amnezji, jak i hiperamnezji – w zaburzeniach dysocjacyjnych. Rytualne czynności natrętne nasilające się często, jak wskazuje doświadczenie kliniczne, w konfrontacji z bodźcami o charakterze religijnym, jak również myśli bluźniercze nierzadko z towarzyszącym przymusem wypowiedzania słów obraźliwych wobec innych osób, stanowią przykład objawów zaburzenia obsesyjno-kompulsywnego. Do gwałtownego zrealizowania wypartych, często nieakceptowanych społecznie potrzeb dochodzi w czasie fugi dysocjacyjnej [5, 6]. W roku 1992 Światowa Organizacja Zdrowia w ramach klasyfikacji ICD-10 [5] określiła kryteria diagnostyczne nowego zaburzenia dysocjacyjnego o nazwie „trans i opętanie” (F 44.3). Podobne próby podjęli specjaliści zrzeszeni wokół prac nad czwartą edycją klasyfikacji DSM Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego [6], jednak ze względu na brak konsensusu ostatecznie w klasyfikacji nie zawarto analogicznego rozpoznania. Natomiast podobne fenomeny częściowo ujęto w kryteriach rozpoznania „zaburzenia dysocjacyjne nieokreślone”. Tymczasem w klasyfikacji DSM-5 składowe rozpoznania dysocjacyjnego zaburzenia

tożsamości (Dissociative Identity Disorder) poszerzono o niektóre z tych objawów, rozdzielając niejako specyficzne przejawy typowe dla obrazu opętania (possession form presentations) od fenomenów charakterystycznych dla stanów transu obserwowanych w różnych kulturach (dissociative trance) [1].

Przedstawione przykłady objawów zaburzeń nerwicowych składają się na obraz w znacznym stopniu wyczerpujący znamiona fenomenu opętania. Ponadto objawami nierzadko obserwowanymi w przebiegu zaburzeń psychicznych z grupy schizofrenii są urojenia, których treścią jest poczucie bycia owładniętym przez podmiot zewnętrzny i które prowadzą do zachowań często do złudzenia przypominających powszechne wyobrażenie o stanie opętania. Powyżej zostały wymienione jedynie wybrane zaburzenia, których objawy mogą zostać społecznie błędnie uznane za przesłankę do zastosowania egzorcyzmów.

Człowiek w zetknięciu z nieznanym często sięga w stronę irracjonalnych wyjaśnień, zapewniających poczucie bezpieczeństwa wobec obszarów świata otaczającego i wewnątrzpsychicznego, w obliczu których czuje się bezsilny [7]. Przez wieki w konfrontacji z objawami zaburzeń psychicznych społeczności sięgały do wyjaśnień dostarczanych przez systemy religijne w celu nadania znaczenia i odzyskania poczucia sprawczości. Dostępne współcześnie koncepcje i teorie tłumaczące funkcjonowanie psychiki człowieka, ze względu na swoje wciąż liczne ograniczenia, nie zawsze dostarczają wystarczająco stabilnej podstawy, która ochroniłaby przed pokusą szukania ukojenia w niewybrednej irracjonalności.

Szczególny obowiązek konsekwentnego odpierania tej pokusy jest immanentnie wpisany w wykonywanie zawodu lekarza, zwłaszcza lekarza psychiatry, a także w pracę kliniczną innych specjalistów (m.in. psychoterapeutów i psychologów klinicznych) zaangażowanych w leczenie osób chorujących psychicznie. Wnikliwa ocena stanu klinicznego pacjenta, z odniesieniem do aktualnej wiedzy naukowej, kontekstu socjokulturowego, zwłaszcza rodzinnego, oraz do współczesnych kryteriów diagnostycznych, pozwala na postawienie właściwej diagnozy i zaproponowanie oraz wdrożenie adekwatnej formy leczenia. Zachowanie wierności racjonalności stanowi drogę do przezwyciężenia demonów, kierując pacjenta w stronę rozwoju. Maska diabła opada i wyłania się piękna złożoność struktury psychiki ludzkiej.

Piśmiennictwo

1. Stephenson C. *The epistemological significance of possession entering the DSM*. Hist. Psychiatry 2015; 26(3): 251–269.
2. Spiegel D. *Dissociative disorders in DSM-5*. Annu. Rev. Clin. Psychol. 2013; 9(1): 299–326.
3. Jung CG. *The psychological foundations of belief in spirits*. W: Adler G, Hull RFC. red. *The structure and dynamics of the psyche, Collected Works of CG Jung Volume 8..* Princeton: Princeton University Press, 1960: 301–318.
4. Freud S. *A seventeenth-century demonological neurosis*. W: *Art and literature*. Pelican Freud Library. Vol. 14. Harmondsworth, UK: Penguin Books; 1985: 377–423.

5. Pużyński S, Wciórka J. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*. Kraków–Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, IPiN; 2000.
6. Wciórka J. red. *Kryteria diagnostyczne według DSM-IV-TR*. Warszawa: Elsevier; 2008.
7. Stephenson CE. *Possession: Jung's comparative anatomy of the psyche*. New York: Routledge; 2012.

Adres: Michał Mielimąka
Katedra Psychoterapii UJ CM
31-138 Kraków, ul. Lenartowicza 14

Otrzymano: 30.11.2015
Przyjęto do druku: 30.11.2015